



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

GROUPE SCOLAIRE DE POUYASTRUC

ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

1 DOSSIER PAR ENFANT

CANTINE le 1^{er} jour de la rentrée : OUI NON

NOM et Prénom de l'élève : _____ **Date de naissance** : _____

Adresse postale : _____

Adresse mail parents : _____ @ _____

(pour recevoir les notes d'informations concernant l'organisation des services périscolaires ou encore pour les grèves)

CLASSE FRÉQUENTÉE :

Maternelle : TPS PS MS GS **Primaire** : CP CE1 CE2 CM1 CM2

NOM Prénom frères et sœurs scolarisés dans l'école : _____

PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

	Mobile	Domicile	Travail
1. NOM Prénom (père) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. NOM Prénom (mère) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Famille d'accueil* : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**pour les familles d'accueil, précisez l'adresse postale* _____

En cochant cette case, j'autorise la Communauté de Communes des Coteaux du Val d'Arros à diffuser mes coordonnées aux associations qui le demandent.

PERSONNES POUVANT RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT

(Nom-Prénom-Téléphone)

1. **NOM Prénom** : _____

2. **NOM Prénom** : _____

PROBLEMES PARTICULIERS

(Veuillez indiquer ci-dessous les problèmes éventuels de votre enfant (allergie, malaise, troubles particuliers))

NOM DU MEDEDIN TRAITANT : _____

ETABLISSEMENT DE SOINS CHOISI (ce choix sera respecté si l'établissement d'accueil est compatible avec l'état de l'enfant) :

Hôpital: _____ Clinique: _____

Je soussigné(e) _____ autorise les personnes responsables présentes à faire pratiquer, sur avis médical, toute intervention d'urgence en cas de maladie aiguë ou d'accident grave.

Date : _____ / _____ 2020.

Signature du responsable de l'enfant : _____

MERCI DE RETOURNER CE DOCUMENT DATÉ ET SIGNÉ A L'ATTENTION DE :
COMMUNAUTE DE COMMUNES DES COTEAUX DU VAL D'ARROS, par mail ou par courrier postal